

Mandat personnel au médecin-dentiste référent

Nom/Prénom : _____

Nettoyage bouche/dents/prothèse

Date de naissance : _____



... uniquement par la personne aidante

Établissement médico-social : _____



... avec soutien

Chambre : _____



... possible de façon autonome

Agent payeur : _____

Personne de contact : _____

Médecin : _____

Un traitement dentaire est :

- nécessaire
- urgent (1 mois)
- pas urgent, dans les 3 mois à venir
- souhaitable

Traitement :

- carie dent : _____
- extraction dent : _____
- prothèse : _____
- autre : _____

Lieu du traitement :

- dans le cabinet dentaire, patient/e transportable
- dans l'établissement médico-social, patient/e non transportable

Devis adressé à :

- patient/e
- autorité sociale
- curatelle
- famille
- prière d'informer les proches qu'un traitement est prévu.

Particularités :	
Date :	